

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 février 1895, à 1 heure

Par EUGÈNE DEDIEU

Né à St-Paul-de-Jarrat (Ariège), le 15 février 1862

Licencié ès-sciences naturelles (Sorbonne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

RHINITE PURULENTE INFANTILE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
QUÉNU, ROGER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

131

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 février 1895, à 1 heure

Par EUGÈNE DEDIEU

Né à St-Paul-de-Jarrat (Ariège), le 15 février 1862
Licencié ès-sciences naturelles (Sorbonne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

RHINITE PURULENTE INFANTILE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
QUÉNU, ROGER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	N. LATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOANNÈS CHATIN

Professeur à la Faculté des Sciences de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

MON CHER MAÎTRE,

Vous n'avez cessé, durant toutes mes études — depuis La Sorbonne jusqu'à la Faculté de Médecine — de m'honorer de votre bienveillant intérêt et de vos savants conseils.

Permettez-moi, en retour, de vous offrir la dédicace de ma thèse inaugurale, comme un hommage mérité de ma sincère reconnaissance et de ma plus respectueuse sympathie.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBENE

Médecin honoraire des hôpitaux
Président de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Hommage de ma vive gratitude.

C'est pour nous un devoir d'assurer de notre vive estime l'un de nos premiers et meilleurs maîtres des Hôpitaux de Paris, M. le D^r Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé, chargé de cours de clinique, membre de l'Académie de médecine.

Notre savant maître dont la science n'a d'égale que la bonté, voudra bien agréer l'expression de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a si souvent témoignée.

A M. le D^r A. Robin, professeur agrégé, médecin de la Pitié, et à M. le professeur Tarnier (clinique d'accouchements), dont nous avons suivi l'enseignement, nous adressons nos plus vifs remerciements pour nous avoir permis de tirer le plus large parti des ressources si diverses qu'offrent leurs services respectifs.

Nous devons une reconnaissance particulière à M. L. Joubin, inspecteur de l'Académie de Paris, et à M. Chappuis, censeur du lycée Charlemagne, pour les témoignages d'intérêt et de bienveillance qu'ils nous ont prodigués pendant leur administration du lycée Saint-Louis. Nous avons été, pendant douze années, en qualité de répétiteur, leur modeste collaborateur. Leur sollicitude à notre égard ne s'est pas démentie un instant. Qu'ils reçoivent ici le juste tribut de notre constante amitié et de notre sympathie la plus franche et la plus cordiale.

Nous avons mis à profit nos vacances des mois d'août et de septembre pour suivre, comme assistant, les cliniques et les opérations du D^r E. Escat, de Toulouse. Notre ami a bien voulu mettre toute son habileté pratique et son dévouement à nous initier aux éléments et à la pratique de la rhinosco-

pie. C'est auprès de ce jeune et distingué praticien que nous avons puisé l'inspiration de notre travail : il sait combien notre reconnaissance et nos remerciements sont sincères.

M. le Dr Chauveau nous a fait le grand honneur de nous présenter, dans sa clinique, plusieurs malades qui nous ont vivement intéressé. Notre éminent maître nous a fait largement profiter de sa science et de sa grande expérience. Pour tout le bien qu'il nous a fait, du fond du cœur nous lui disons : Merci.

Nous prions notre excellent et distingué compatriote, le Dr Fiquet, médecin du ministère de l'intérieur, chevalier de la Légion d'Honneur, de vouloir bien accepter nos plus vifs remerciements pour les marques d'amitié et de dévouement dont il nous a honoré en diverses circonstances.

Nos dévoués amis Messieurs Georges Rivière-Boulié, conseiller général de l'Ariège, et Ménelon, directeur de l'établissement thermal d'Aix, ont bien voulu, aux vacances dernières, nous faire connaître l'installation des douches nasopharyngiennes dans ce remarquable établissement. Cette installation, parfaite, est un vrai modèle dans le genre. Que nos deux bons amis reçoivent ici nos plus chaleureux remerciements : sous leur aimable direction, notre visite à l'établissement d'Aix nous a été aussi utile qu'agréable.

Nous sommes heureux d'offrir le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre vive estime à nos deux dévoués amis le Dr A. Trouillet et le Dr Max Laforgue qui nous ont témoigné à diverses reprises l'intérêt et l'amitié qu'ils nous portent. Nos remerciements et nos vœux les accompagnent au milieu de leur clientèle parisienne dont ils méritent à tous égards la sympathie et l'inaltérable confiance.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA RHINITE PURULENTE

INFANTILE

INTRODUCTION

Depuis que les affections de la gorge et du nez ont été rattachées à celles de l'oreille, la pathologie des voies aériennes supérieures est entrée hardiment dans la voie du progrès.

Les otologistes ont enfin compris que l'avenir de leur science restée si longtemps dans l'ombre était bien plus dans la prophylaxie des maladies du pharynx et des fosses nasales, que dans le perfection-

nement de la chirurgie de l'appareil auditif proprement dit ; aussi leur zèle à éclairer l'étiologie des affections de l'oreille a-t-il largement contribué au progrès de la pathologie des voies respiratoires supérieures.

Mais cette prophylaxie serait vaine, si elle était seulement dirigée contre des maladies constituées, complications déjà anciennes d'affections nasales et pharyngées qui ont débuté dans la première enfance et contre lesquelles aucun effort thérapeutique n'a été tenté pendant de longues années. Que fera le rhinologiste contre des lésions irréparables, dernière étape d'une affection progressive dont il est appelé seulement à constater la phase ultime ?

Les efforts désespérés resteront impuissants contre des désordres définitifs qui constituent plutôt une infirmité qu'une maladie, cette dernière étant essentiellement caractérisée par un processus morbide en activité.

C'est donc sur l'enfant que doit se porter toute l'attention du médecin auriste soucieux de prévenir quand il est encore temps des lésions progressives contre lesquelles se heurteraient plus tard, sans espoir, ses efforts les plus intelligents.

Inspiré de ces principes qui dominent de nos jours la clinique nous avons pensé qu'il y aurait quelque intérêt à étudier la rhinite purulente infantile.

On s'est beaucoup occupé depuis quelque temps

de rhinorrhées purulentes chez l'adulte, rhinorrhées la plupart du temps symptomatiques de sinusites, et tout l'intérêt semble s'être porté sur ces dernières.

Nous croyons qu'on a un peu trop négligé cette affection chez l'enfant.

Quelques observations et quelques mémoires ont été néanmoins publiés sur ce sujet dans ces dernières années.

Si légère que soit notre contribution à cette étude nous osons espérer qu'elle suffira à attirer l'attention sur un point intéressant de la clinique qui n'est certes pas nouveau mais malheureusement trop délaissé.

La rhinite purulente infantile est essentiellement caractérisée au point de vue clinique par le complexe symptomatique habituel du coryza aigu auquel vient s'ajouter un jetage purulent, et un état fébrile assez prononcé. L'affection passe facilement de l'état aigu à l'état subaigu et la plupart du temps à l'état chronique quand elle n'est pas soignée. Elle est susceptible d'amener des complications graves du côté de l'appareil auditif, des voies respiratoires inférieures et de la cavité crânienne.

Nous avons fait quelques recherches bibliographiques.

Avouons tout d'abord combien il nous a été difficile de dégager des observations publiées par les anciens auteurs des cas répondant rigoureusement à la rhinite purulente idiopathique, s'appliquant à des sujets exempts de syphilis héréditaire, de végétations adénoïdes et de toute affection capable de

donner lieu à un jetage purulent ou muco-purulent des fosses nasales.

Nous ajoutons à cette revue six observations inédites.





HISTORIQUE

La rhinite purulente infantile n'a certainement pas échappé à l'attention des anciens observateurs ; nous ne croyons pas utile cependant de remonter à une époque déjà reculée où le coryza syphilitique était méconnu ; les observations rapportées sont par trop confuses et trop rarement pourvues de signes de diagnostic différentiel, point si essentiel dans la question qui nous occupe.

Rayer et Billard ont rapporté l'observation très détaillée et l'autopsie d'un enfant de 17 mois atteint de rhinite purulente, mort après 3 jours de maladie.

Weber observa également des cas analogues chez le nouveau-né et y reconnut une infection blennorrhagique d'origine maternelle.

Hénoch et Heudrix donnèrent ensuite une description précise avec deux observations à l'appui. Il s'agissait de deux nouveau-nés, l'un de 7 semaines,

l'autre de 8 semaines, qui présentèrent un écoulement purulent verdâtre des fosses nasales à l'exclusion de toute autre affection.

Puis on vit Dupuch-Lapointe, Stammer, Roger, Bouchut, Guersant et Blache, Rilliet et Barthez, observer des cas semblables.

Zeissl rapporte également des observations, mais la plupart concernent des adultes chez lesquels l'auteur se refuse à voir une origine blennorrhagique.

Cette étiologie fut cependant admise par Depaul.

Farago, Herzog, publient aussi des cas de coryza purulent chez le nouveau-né. Engel insiste en outre sur la nécessité de soins prophylactiques dans le but de prévenir les blennorrhées nasales des nouveau-nés.

La question de la rhinite purulente des nouveau-nés, fait quelques progrès avec Frœnkel, Schech, Ziem, Rosenthal, Rethi, Firwe, Laurent, Cozzolino. Pour ce dernier surtout, la nature blennorrhagique de la maladie ne fait l'objet d'aucun doute.

Strazza observe aussi des cas de rhinite purulente. L'affection semble surtout avoir été étudiée par les Américains; Bosworth, en effet, donne dans son traité une description précise et complète; il la croit possible en dehors de l'infection blennorrhagique.

Les auteurs allemands attachent aussi quelque importance à la question, car Moldenhauer lui consacre un chapitre de son ouvrage. Ball en Angleterre, publie un mémoire; Moure enfin le premier

en France fait une large part à la rhinite purulente dans son traité ; mais au sujet de l'origine blennorrhagique il fait quelque réserve à l'exemple de Mouldenhauer.

La dernière étude que nous ayons consultée sur le sujet est une revue de M. Tissier sur les rhinites infantiles où l'auteur admet sans réserve le coryza blennorrhagique.





PROLÉGOMÈNES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

LES FOSSES NASALES CHEZ L'ENFANT.

Les fosses nasales du nouveau-né et de l'enfant présentent une conformation spéciale prédisposant à notre avis aux affections de la pituitaire.

Morgagni, Cruveilhier, Tillaux, Koth, Laurent ont tour à tour insisté sur les particularités anatomiques.

Mais pour bien nous en rendre compte nous devons remonter à l'évolution et à l'accroissement du squelette des fosses nasales.

Cette étude a été faite par Disse sur des sujets congelés.

Moure, dans son *Traité des maladies des fosses nasales*, a montré la part considérable qu'il fallait attribuer dans l'étiologie des coryza infantiles aux

conditions anatomiques et physiologiques spéciales aux fosses nasales de l'enfant.

Tissier dans son article a aussi beaucoup insisté sur ce sujet ; enfin Escat, étudiant l'évolution de la cavité naso-pharyngienne à l'aide de coupes et de moulages a mis en relief les différences anatomiques qui caractérisent la conformation de cette cavité aux divers âges.

On sait qu'à la naissance le développement de la face est en retard sur celui du crâne, la conformation des cavités nasales doit nécessairement s'en ressentir.

Cette exiguité des fosses nasales se traduit d'ailleurs à l'extérieur par la petitesse du nez : les dimensions effacées de cet organe sont en anatomie des formes une des caractéristiques de la physionomie de l'enfant ; dans le cas d'arrêt de développement de la face, ce caractère suffit pour donner à l'adulte le facies infantile.

Sur la coupe sagittale d'un crâne de nouveau-né on est frappé de la conformation nasale si on la compare à celle de l'adulte.

Le diamètre antéro-postérieur mesuré de l'épine nasale antérieure aux choanes est relativement peu considérable, mais c'est surtout le diamètre vertical qui est exigü.

La cavité nasale de l'enfant (cavité nasale commune de Disse) représente un long canal antéro-postérieur qui, ajouté à la cavité naso-pharyngienne, forme le *canal naso-pharyngien* ou *canal respira-*

toire ; c'est là le premier segment des voies respiratoires au moyen duquel la respiration s'établit presque exclusivement chez le nouveau-né, chez lequel la voie de suppléance ou voie buccale a encore un rôle presque nul.

Le diamètre transverse de chaque fosse est également très court.

D'après Tissier la respiration se ferait surtout chez l'enfant par le segment supérieur ou ethmoïdal des fosses nasales.

La raison anatomique de la conformation spéciale des fosses nasales du nouveau-né est bien connue ; l'embryogénie en effet l'explique aisément.

Elle réside uniquement dans l'accroissement tardif des os maxillaires supérieurs, et par suite des sinus maxillaires des masses latérales de l'ethmoïde, des cellules ethmoïdales et des sinus sphénoïdaux, du vomer enfin dont l'accroissement ultérieur donnera aux fosses nasales de l'adulte leur conformation définitive.

Tissier a fait remarquer que dans le premier mois de la vie le rapport du segment ethmoïdal au segment maxillaire est représenté par la fraction $\frac{2}{3}$; de 2 à 5 ans $\frac{3}{5}$; à 6 ans $\frac{13}{22}$ ou près de $\frac{1}{2}$.

Mais là ne sont pas les seules raisons de l'étroitesse des fosses nasales du nouveau-né.

Disse a déjà fait remarquer que le cornet inférieur revêtu de sa muqueuse affleurait presque par son bord inférieur le plancher nasal. D'autre part, la pituitaire affectée d'une épaisseur aussi considé-

nable que chez l'adulte, en revêtant les parois déjà si rapprochées des cavités, rétrécit encore leur lumière et les rend presque virtuelles.

Ajoutons à toutes ces raisons d'étroitesse, celles des narines et du vestibule, et surtout celle des orifices postérieurs sur laquelle E. Escat a appelé l'attention.

Voici d'après ce dernier auteur les dimensions comparées de diamètres des choanes chez l'enfant et chez l'adulte.

Dimensions prises sur le squelette :

	Diamètre vertical..	Diamètre horizontal.
Nouveau-né. . .	de 5 à 7 mm.	de 5 à 6 mm.
Adulte.	25 mm.	15 mm.

En tenant compte de la muqueuse, le diamètre des choanes chez l'enfant varie entre 4 et 5 millimètres; l'orifice est presque circulaire et laisse seulement passer une sonde urétrale de moyen calibre.

En raison de la hauteur peu élevée du diamètre vertical des choanes, la cavité naso-pharyngienne se trouve aussi rétrécie dans son diamètre vertical, et le voile du palais presque horizontal n'est séparé de la voûte basilaire que par un étroit canal.

Voilà esquissées à grands traits les particularités anatomiques des fosses nasales du nouveau-né. Des particularités physiologiques doivent à leur tour en découler.

Billaud, Kusmaul, Depaul, Frœnkel, Moure, ont prétendu et à juste titre que chez le nouveau-né

plus encore que chez l'adulte les fosses nasales étaient par excellence l'organe de respiration.

Voici ce qu'en dit Moure : « À l'état sain et pendant le sommeil la bouche du jeune enfant reste généralement fermée et sa langue vient se coller sur la voûte palatine. Dans quelques cas, la bouche est entr'ouverte et la langue simplement en contact avec le palais; enfin plus rarement encore (13 fois sur 328, Frœnkel), la bouche reste tout à fait ouverte et la langue libre est en partie appliquée sur le plancher buccal; mais toujours la respiration se fait exclusivement par le nez »

Nous avons déjà vu plus haut que pour Tissier le courant d'air passait par la région supérieure ethmoïdale des fosses nasales.

Honsell examinant 328 nouveau-nés pendant le sommeil a trouvé la bouche fermée 296 fois, ouverte 13 fois.

Chez aucun toutefois la respiration ne se faisait par la bouche.

Se faisant l'écho de Honsell, Tissier s'exprime ainsi :

« Ce n'est pas seulement pendant qu'il tète, mais d'une façon permanente pendant le sommeil, alors même que l'enfant ouvre la bouche que l'enfant respire uniquement par le nez. La voie buccale se ferme par le fait seul de la tonicité musculaire et la base de la langue s'accôle au voile du palais. »

Cette occlusion buccale a d'ailleurs été expliquée de diverses façons.

Bouchut pensait que l'inspiration attirait les lèvres et la base de la langue en arrière.

Stammer a même prétendu que les efforts inspiratoires avaient pour effet de provoquer une sorte de déglutition de la langue.

Enfin d'après Metzger, Donders et Bloch, l'occlusion ne reconnaît pas d'autre cause que la pression atmosphérique.

Mais, quel que soit le mécanisme de cette occlusion, il reste démontré qu'elle est constante chez l'enfant nouveau-né ; elle nous donne la clef des troubles graves apportés dans la fonction respiratoire par toute lésion capable de compromettre la perméabilité des fosses nasales.

Supposons qu'une inflammation catarrhale envahisse la pituitaire, les parois opposées s'accolent, la cavité ne devient plus qu'une fente étroite à peine perméable et les méats n'existent plus qu'à l'état virtuel ; la muqueuse fortement congestionnée au niveau des choanes rétrécit ces orifices déjà si étroits, enfin l'extrémité postérieure du cornet inférieur très hypertrophiée vient aussi parfois les obturer comme un bouchon.

Au point de vue pratique nous tirerons de ce qui précède les conclusions suivantes :

1° L'étroitesse des fosses nasales chez l'enfant expose ces voies à l'imperméabilité presque absolue à la moindre poussée congestive.

Elle expose consécutivement le jeune malade à des troubles graves de la fonction respiratoire ;

2° L'excrétion nasale volontaire étant impossible chez l'enfant qui ne sait se moucher, le rejet au dehors des sécrétions purulentes ne peut s'effectuer chez lui que par éternuement; cet état favorisant la rétention des exsudats pathologiques, met obstacle à la guérison spontanée des rhinites aiguës et favorise leur tendance à la chronicité.





ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Nous venons d'exposer dans le chapitre précédent les raisons qui expliquent la prédisposition spéciale des jeunes enfants aux affections de la pituitaire : il nous reste à étudier les agents étiologiques capables de les provoquer.

Dans l'état actuel de la pathologie générale, il n'est guère possible d'attribuer à un autre agent morbide qu'à un microbe, une affection suppurative. Le coryza ne peut être qu'un coryza infectieux.

Le froid agira bien comme élément congestif, mais non comme élément pyogène. Une brûlure, un traumatisme, ne peuvent provoquer l'éclosion d'une rhinite purulente qu'en ouvrant dans la pituitaire une brèche qui donnera accès aux agents pyogènes.

Il est difficile, par exemple, de comprendre que l'introduction accidentelle d'eau savonneuse dans

les narines à l'occasion d'une lotion de la face puisse provoquer à elle seule un catarrhe purulent. Nous sommes obligés d'admettre que l'eau a uniquement servi de véhicule aux agents septiques qui l'infectaient, ou a été un simple facteur d'irritation sur une muqueuse où vivaient à l'état latent des colonies microbiennes.

La part faite aux agents physiques dans les traités spéciaux est encore trop large.

Nous estimons pour notre part que leur rôle doit être encore réduit.

Il n'y a pas de raison pour que la pathologie des fosses nasales échappe aux lois de la pathologie générale, du moins en ce qui concerne l'étiologie.

La nature infectieuse des rhinites purulentes n'est donc pas à démontrer.

Un point plus intéressant de leur étiologie, est celui qui concerne l'espèce microbienne en jeu dans cette affection.

S'agit-il d'une infection blennorrhagique due au gonocoque de Neisser ou bien d'une infection pyogène vulgaire?

Quelques auteurs ont admis la nature blennorrhagique du coryza purulent.

Boerhave a rapporté une observation dans laquelle la main portée sur le nez après une pression sur un urèthre malade avait occasionné un coryza ulcéreux intense (?)

Dans un autre cas rapporté par le même auteur et par Edward, un mouchoir qui avait servi de sus-

pensoir à un malade atteint de blennorrhagie servit d'agent de transmission.

Voilà des exemples de contagion médiate ; Sigmund a cité des cas de contagion tout à fait directe chez les adultes, dans les rapports entre les deux sexes à la suite d'attouchements variés.

D'après Weber, le coryza blennorrhagique chez le nouveau-né serait attribuable comme l'ophtalmie purulente à la contamination directe de l'enfant par les sécrétions vaginales de la mère atteinte de blennorrhagie au moment de l'accouchement.

Fränkel, Schech, Cozzolino, partagent cette manière de voir.

Moldenhauer au contraire, ainsi que Moure, se montrent plus réservés et pensent que la vraie rhinite blennorrhagique des nouveau-nés est une véritable rareté. « Il serait étonnant, dit Moure, que des phénomènes aussi marqués aient pu échapper si longtemps à l'observation des accoucheurs. »

Tissier a récemment publié un travail *Sur les coryza des nouveau-nés et des enfants*, dans lequel il admet sans réserve la nature blennorrhagique du coryza purulent infantile.

Nous serions tenté pour notre part de nous rattacher à son opinion, mais nous devons reconnaître que les observations vraiment convaincantes sont encore bien rares et bien incomplètes.

Il serait, à notre avis, fort hasardeux de se montrer si affirmatif sans l'appui de recherches bactériologiques plus rigoureuses.

Les conditions pathogéniques mises en relief dans quelques rares observations (transmission de la mère à l'enfant pendant l'accouchement, contamination d'une narine par du pus de provenance uréthrale, etc.), ne constituent pas une base suffisamment solide pour établir sans réserve cette étiologie.

On sait, en effet, que toute sécrétion pathologique du vagin ou de l'urèthre n'est pas nécessairement due à une infection à gonocoque :

Il est aujourd'hui démontré que le pus de la blennorrhagie peut contenir d'autres espèces microbiennes, que le gonocoque, des staphylocoques par exemple.

Quant aux sécrétions pathologiques du vagin chez les accouchées on connaît combien sont variés les agents septiques qu'elles peuvent contenir.

La lumière apportée dans la pathogénie de quelques cas ne suffit donc pas pour éclairer l'étiologie.

L'examen bactériologique pourrait seul élucider cette question encore obscure.

Les recherches faites jusqu'ici soit en France, soit à l'étranger, sont encore insuffisantes.

Nous regrettons pour notre part qu'elles n'aient pu être faites dans les observations que nous publions.

Résumant notre opinion sur l'étiologie de la rhinite purulente des nouveau-nés et des enfants, nous dirons :

1° *Il y a de fortes présomptions pour que la rhi-*

nite purulente soit de nature blennorrhagique comme l'ophtalmie purulente.

2° Il est probable que d'autres agents septiques que le gonocoque peuvent l'engendrer.

3° L'étiologie ne pourra être scientifiquement établie que par des recherches bactériologiques plus complètes que celles faites jusqu'à ce jour.





SYMPTOMES

INVASION. — La rhinite purulente est primitive ou secondaire; elle peut succéder à la rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la diphtérie, la coqueluche, aux pyodermies de la face, à l'impétigo, au coryza aigu catarrhal.

Quand elle est primitive chez les enfants d'un certain âge, elle peut être précédée de quelques prodromes : abattement, céphalalgie, fièvre légère, éternuements répétés, ces deux derniers symptômes attirent seuls l'attention chez le nouveau-né. Cette période dure 24 ou 48 heures.

Mais la plupart du temps le début passe inaperçu.

La maladie constituée, on observe les symptômes suivants :

PÉRIODE D'ÉTAT. — *Jetage purulent.* — Un liquide épais, crémeux, jaune verdâtre, s'écoule des narines de l'enfant empesant le mouchoir de taches colorées;

il s'écoule par les deux narines formant une larme adhérente qui descend jusqu'à la lèvre supérieure, les bords de chaque narine irrités par le contact incessant du liquide sont marqués d'un liseré rouge boursofflé.

Le lobule du nez est bientôt le siège d'une tuméfaction, il devient d'un rouge vernissé, douloureux au moindre contact.

Toute la région qui s'étend des narines à la lèvre supérieure soumise à la même action irritative s'excorie et participe à l'inflammation.

La lèvre supérieure elle-même est affectée d'une véritable labialite. Cet état se constate surtout chez les tout jeunes enfants qui ne savent pas se moucher.

Des croûtes peuvent même se former autour des narines et jusque sur la lèvre supérieure.

Mais l'écoulement du pus par les narines n'est pas le seul qu'on puisse observer.

Une grande partie fuse par le naso-pharynx et descend dans le pharynx buccal sous forme d'un gros bouchon purulent qu'on peut voir parfois derrière la luette en examinant la gorge de l'enfant.

Généralement le jetage a une odeur fade, plus rarement il acquiert une extrême fétidité que l'haleine peut aussi partager.

Eternuements. — La réplétion constante des fosses nasales chez le jeune enfant qui ne sait se moucher, jointe à une irritabilité exagérée de la pituitaire provoque des étternuements constants,

grâce auxquels l'expulsion du jetage purulent peut seul s'effectuer.

Troubles sensoriels. — L'odorat et le goût paraissent profondément compromis chez les enfants d'un certain âge, ces troubles paraissent dus, soit à l'imperméabilité nasale, soit aux altérations de la pituitaire.

Troubles respiratoires. — L'enchiffrement acquiert une intensité extrême : nous avons, croyons-nous, suffisamment insisté sur la disposition anatomique spéciale aux fosses nasales de l'enfant pour nous dispenser d'y revenir.

La lumière du canal naso-pharyngien, singulièrement rétrécie par le processus inflammatoire finit par être complètement obstruée par les exsudats purulents épais qui l'encombrent.

Le rétrécissement inflammatoire des narines antérieures et celui plus accentué peut-être des arrière-narines venant s'y ajouter, contribuent encore à augmenter l'obstruction nasale. Le coryza purulent chez le jeune enfant est peut-être l'affection dans laquelle la sténose nasale est la plus prononcée. C'est donc dans cette affection qu'on peut voir les symptômes de l'obstruction nasale revêtir toute leur intensité plus encore que dans les végétations adénoïdes.

A l'état de veille la sténose nasale entraîne, soit mécaniquement soit par action réflexe, une accélération du rythme respiratoire, souvent même il y a une véritable dyspnée. Dans quelques cas enfin on

observe des accès dyspnéïques intenses se manifestant la nuit de préférence.

Ces accès peuvent se présenter sous deux formes :

Les uns sont de véritables accès, soit de laryngite striduleuse, soit de spasme de la glotte imputables, croyons-nous, à l'accumulation sur la glotte des amas purulents qui s'écoulent des arrièrenarines pendant le sommeil.

Les autres sont des accès asthmatiformes rentrant probablement dans la catégorie des asthmes réflexes d'origine nasale sur lesquels on a tant insisté depuis quelques années.

L'accès se déclare par une apnée presque subite, avec grande anxiété, cyanose, dilatation des ailes du nez, sifflement nasal, contraction violente des muscles respiratoires ; parfois même il s'y ajoute des phénomènes nerveux et des convulsions.

Ronflement nocturne. — Pendant le sommeil la respiration est bruyante ; mais le ronflement spécial qu'on observe à cette occasion n'est pas dû uniquement aux vibrations du voile, comme cela arrive habituellement ; il se complique d'un bruit spécial, un véritable râle nasal (*Soufle des Anglais*), provoqué par le va-et-vient des mucosités nasales, attirées par l'inspiration repoussées par l'expiration.

Troubles du côté des cavités buccales et pharyngiennes. — La respiration nasale étant presque complètement supprimée, l'enfant respire constamment par la bouche. Cette dernière restant demi ouverte ou même entièrement ouverte, le courant d'air res-

piratoire dessèche les lèvres qui se couvrent de gerçures.

Celles-ci exposées au contact du pus qui s'écoule des narines servent de brèches aux agents septiques. Nous comprenons ainsi la pathogénie de la labialite qui accompagne presque toujours la rhinite purulente.

Dans ses leçons à l'hôpital des enfants, M. Marfan a décrit une rhinite ulcéro-croûteuse impétigineuse, résultant de la propagation au vestibule nasal d'impétigo de la face ; si cet impétigo est dû, comme le pense M. Marfan à une infection à staphylocoque, on comprend aisément le lien qui unit la rhinite à cette pyodermie ; reste à savoir si la rhinite est toujours une complication de l'impetigo ; ou bien si quelquefois elle ne l'a pas précédé. Les deux thèses peuvent évidemment se soutenir ; nous croyons pour notre part qu'il faut reconnaître à chacune d'elles une part de vérité.

La respiration buccale desséchant la bouche et le pharynx amène de la stomatite et de la pharyngite, par insuffisance des sécrétions normales qui lubrifient normalement leur muqueuse.

Aussi le jeune enfant, indépendamment de l'état fébrile qui accompagne généralement la rhinite purulente, éprouve incessamment de la sécheresse de la gorge qui le porte à boire constamment, surtout la nuit.

Température. — Pendant la période aiguë la température se maintient à 38°5, 39° le soir, avec rémis-

sions matinales; elle ne s'élève à 40° qu'en cas de complication viscérale grave.

Troubles généraux. — Quand l'affection se prolonge l'état général est souvent compromis, l'enfant devient anémique par anoxhémie et par toxhémie.





FORMES

Les symptômes, dont la description précède, s'appliquent à la forme la plus habituelle de la maladie chez les enfants au-dessus de deux ans. Mais à côté de cette forme il en existe une autre absolument latente dont les symptômes peu bruyants exposent la maladie à passer inaperçue, non-seulement de l'entourage mais du médecin lui-même appelé pour une complication ou pour une affection intercurrente.

Cette *forme latente* de la rhinite ne diffère essentiellement de la forme commune que par une atténuation considérable des troubles fonctionnels et des signes physiques. Nous reviendrons sur ce point important au sujet du diagnostic.

Nous terminerons enfin la symptomatologie de la rhinite purulente par un exposé rapide de la forme

qu'elle affecte chez le nouveau-né et l'enfant du premier âge.

Chez ces derniers, en effet, l'obstruction des fosses nasales entraîne des troubles spéciaux extrêmement graves en portant atteinte à l'allaitement.

On rencontre ici tous les symptômes décrits par Lubet-Barbon au sujet des végétations adénoïdes à cette époque de la vie.

Au moment de la succion, en effet, la voie nasale doit être libre ; si elle est obstruée, l'enfant est constamment obligé de quitter le sein pour reprendre haleine ; il tète bruyamment, puis s'interrompt. Après deux ou trois gorgées, redressant brusquement la tête, il recherche de l'air, la bouche largement ouverte ; il lui arrive parfois, reprenant le sein après une inspiration forcée, d'être pris d'un accès de toux, ou même de vomissements.

Cette entrave portée au libre fonctionnement de la respiration et de la digestion entraîne chez l'enfant un véritable état athrepsique.





OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Dr E. Escat de Toulouse.

J. R..., 8 mois. Sans accidents jusqu'à ce jour. Depuis trois ou quatre jours l'enfant refuse de prendre le sein de sa nourrice; à chaque tentative pour le saisir, il est pris d'un accès de suffocation et se retire aussitôt pour régurgiter la gorgée de lait qu'il n'a pu avaler.

L'allaitement au biberon a le même insuccès.

Agitation nocturne; sommeil constamment interrompu par des étternuements à la suite desquels on voit sortir de chaque narine un bouchon de pus verdâtre très épais qui empêche le linge.

Cet état durait depuis trois jours quand nous avons vu le malade pour la première fois; nous avons essayé à ce moment de pratiquer l'examen rhinoscopique; nos recherches en

dépit de nombreuses difficultés nous ont conduit néanmoins à quelques résultats.

Les narines très rouges sont complètement bouchées par du pus verdâtre qui gêne l'examen.

Nous pratiquons alors un lavage avec de l'eau bouillie tiède sous une très faible pression, en ayant soin de maintenir l'enfant couché sur le ventre sur l'avant-bras de sa nourrice, de façon à éviter autant que possible la pénétration du liquide d'injection dans le larynx.

Grâce à ces précautions nous arrivons à déterger suffisamment les fosses nasales pour pratiquer l'examen rhinoscopique.

La muqueuse du côté droit est d'une couleur vineuse, vernissée, et présente un gonflement considérable; le catarrhe a une telle intensité que la muqueuse du cornet inférieur s'étale en écrasant sur le plancher nasal par son bord libre, et s'accole d'autre part à la cloison qui offre les mêmes modifications pathologiques.

C'est à peine si on pourrait faire glisser un stylet entre les deux muqueuses; le cornet moyen est invisible.

Même état du côté gauche.

Cette atresie des fosses nasales déterminée par l'intensité du processus inflammatoire explique la difficulté que nous avons éprouvée à pratiquer l'irrigation nasale.

Puis, maintenant béante à l'aide d'un ouvre-bouche la gorge de l'enfant, nous redressons fortement le voile avec un crochet: nous n'apercevons rien d'anormal dans le cavum, sauf une traînée de pus qui avait résisté au lavage fusant contre la paroi postérieure du pharynx.

Pour compléter notre examen, nous pratiquons le toucher naso-pharyngien et nous pouvons nous assurer que les choanes sont libres et qu'il n'y a point d'hypertrophie du tissu adénoïde.

Nous répétons les irrigations nasales avec une solution de résorcine à $\frac{5}{1000}$ le lendemain et les jours suivants avec les

mêmes précautions; dans l'intervalle nous faisons appliquer dans les deux narines quatre fois par jour de la pommade boriquée à $\frac{5}{30}$.

Dès le sixième jour, l'écoulement purulent se modifie, devient muqueux et moins abondant; les éternuements s'atténuent, le sommeil est devenu calme et l'enfant peut prendre le sein.

Le treizième jour tout est rentré dans l'ordre, l'enfant est complètement guéri.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Dr E. Escat de Toulouse.

H. B..., 3 ans, rhinite aiguë purulente survenue sur le déclin de la rougeole; avec otite moyenne aiguë suppurée. Température $39^{\circ}5$ tous les soirs pendant 4 jours; jetage nasal franchement purulent; l'examen rhinoscopique antérieur montre la muqueuse très rouge, très œdématiée, obstruant complètement la lumière du conduit. Lavage à la solution de résorcine $\frac{5}{1000}$, pommade au menthol. Guérison au bout d'une quinzaine de jours seulement. Catarrhe pharyngo-laryngien peu grave, ayant cessé avec la rhinite.

OBSERVATION III (personnelle).

M. D..., âgée de 8 ans. Cette enfant qui a eu la scarlatine il y a un mois et demi tousse depuis cette époque, elle est constamment enrhumée, son nez ne cesse de couler.
— Température vesp. 39° .

A l'examen rhinoscopique antérieur je constate un catarrhe

aigu avec hypertrophie considérable; la muqueuse est violacée, lie de vin, extrêmement congestionnée.

La fente olfactive très réduite par le processus congestif est occupée par une masse purulente jaune verdâtre très épaisse.

Même état quoique un peu moins prononcé à gauche.

J'essuie la muqueuse avec de l'ouate à l'extrémité d'un stylet; mais le pus est si abondant que je ne puis parvenir à l'enlever complètement; j'ai alors recours à la douche de Weber avec de l'eau bouillie.

Malgré quelque résistance de la part de l'enfant, je parviens à obtenir un lavage suffisant.

Par l'examen antérieur je n'aperçois rien d'anormal autre que l'état inflammatoire extrême déjà signalé.

Par la rhinoscopie postérieure je puis m'assurer de l'intégrité de la région des choanes et de l'absence complète de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx. Rougeur diffuse de tout le pharynx buccal et du larynx. Sans aucun doute l'état de ces dernières voies était immédiatement sous la dépendance de celui des fosses nasales.

Le traitement confirma ma manière de voir.

Après des irrigations nasales journalières avec la solution de résorcine à $\frac{5}{2000}$ que je pratiquai moi-même et l'usage de la pommade boriquée, l'écoulement purulent cessa au bout de huit jours environ; l'état du pharynx et du larynx s'améliora progressivement. Actuellement, la jeune malade est presque complètement guérie; elle ne conserve qu'un certain degré d'hypertrophie des cornets inférieurs qui semblent résister au traitement et qui causent encore un peu d'enchifrènement.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Dr Bonnet de Toulouse.

Le 17 août 1893, je fus appelé auprès d'un enfant de 2 ans environ, atteint de fièvre intense. 40°.

Après avoir examiné la poitrine et avoir pu affirmer le diagnostic de broncho-pneumonie, cherchant s'il n'existerait pas chez le petit malade une affection préexistante, donnant la raison de l'affection pulmonaire survenue probablement à titre de complication, mon attention est appelée sur l'état de son nez.

Tout le lobule du nez et les narines sont rouges, œdématisées ; de chacune d'elles s'écoule une trainée de pus.

La mère interrogée au sujet de l'affection nasale me répond que l'enfant est atteint de rhume de cerveau depuis 15 jours environ, son nez coule constamment ; elle ne cesse de le moucher ; il a des éternuements fréquents, mais l'écoulement n'est franchement purulent que depuis 4 jours.

Il a d'ailleurs contracté son rhume, dit-elle, en même temps que son frère âgé de 6 ans et sa sœur âgée de 5 ans.

J'examinai alors ces deux enfants : je constatai le même coryza purulent chez la petite fille, mais chez le frère je ne pus voir qu'un jetage muqueux blanchâtre que j'attribuai à un catarrhe chronique simple, consécutif lui-même à des végétations adénoïdes.

Je traitai les deux enfants atteints de rhinite purulente par les irrigations tièdes d'eau boriquée à 3 o/o et la pommade boriquée.

Le résultat fut satisfaisant : au bout de six jours, l'écoulement purulent avait disparu avec les symptômes de broncho-pneumonie chez le petit garçon.

Chez la petite fille, au contraire, il dura encore quinze jours.

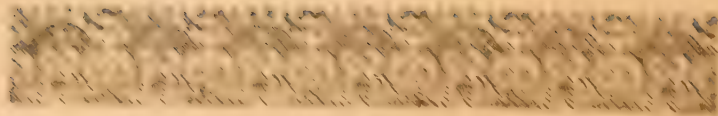


MARCHE

Après une période aiguë de huit à dix jours, période durant laquelle la température atteint 38° 5, 39°, l'affection passe à l'état chronique; la température reste à 38° et au-dessous, atteignant souvent la normale, se relevant exceptionnellement jusqu'à 39°. Cette période est, d'ailleurs quelquefois complètement apyrétique, elle peut se prolonger, selon Tissier, pendant un mois, deux mois et plus.

Moure l'a vue se prolonger indéfiniment. D'après lui : « On aurait vu des personnes atteintes pendant plusieurs années d'un catarrhe purulent qui loin de les incommoder était considéré par elles comme une sécrétion naturelle, sinon comme un émonctoire salulaire. »





PROLOGUE

The first of the two parts of the work is a history of the art of the book, from the earliest times to the present day. It is a history of the art of the book, from the earliest times to the present day. It is a history of the art of the book, from the earliest times to the present day.

The second part of the work is a history of the art of the book, from the earliest times to the present day. It is a history of the art of the book, from the earliest times to the present day. It is a history of the art of the book, from the earliest times to the present day.

The third part of the work is a history of the art of the book, from the earliest times to the present day. It is a history of the art of the book, from the earliest times to the present day. It is a history of the art of the book, from the earliest times to the present day.

Mais la voie des connaissances est l'éducation et la généralisation de cette attention.

Les connaissances générales, une fois acquises, s'appliquent naturellement, sans l'impulsion d'un maître, à l'enseignement, à l'enseignement de la science que la science acquiescente se sent qu'elle n'est pas la science purement intellectuelle.

La science que la science de la science est une science générale, l'enseignement de la science, l'enseignement de la science de la science, l'enseignement de la science de la science, l'enseignement de la science de la science.

La science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science.

La science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science.

La science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science.

La science de la science de la science.

La science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science, la science de la science de la science.

nez, bientôt suivis de broncho-pneumonie à laquelle il faillit succomber.

L'ophtalmie traitée énergiquement guérit rapidement ; l'impétigo disparut aussi peu de temps après, mais le coryza purulent négligé persista et se prolongea plusieurs mois durant lesquels il s'écoula constamment des narines un pus verdâtre abondant qui obligeait à tout instant la mère à moucher son enfant.

L'affection nasale semble cesser au bout d'un an, seulement à partir de cette époque l'enfant parut absolument guéri ; l'enchifrènement, le ronflement nocturne, le nasonnement qu'il avait présenté pendant toute la durée de la rhinite avait disparu. Le jetage abondant avait fait place au défaut absolu du besoin de se moucher ; la sécrétion nasale normale semblait arrêtée, ce qui n'a cessé d'étonner la mère très soigneuse de son enfant.

Cette période de guérison apparente dura un an et demi environ ; mais au bout de ce temps de nouveaux symptômes apparurent : l'enfant commença à répandre autour de lui une odeur fétide qui s'accroissait tous les jours ; il se mit aussi à moucher tous les quatre ou cinq jours, quelquefois tous les huit jours seulement de gros bouchons formés de croûtes et de sécrétion verdâtre extrêmement fétide. Actuellement l'enfant qui n'a pas encore perdu l'odorat se trouve parfois très incommodé par cette mauvaise odeur.

J'examine le jeune malade qui présente comme signes extérieurs une dépression sous-frontale du dos du nez extrêmement prononcée, et une odeur ozéneuse bien caractérisée.

La rhinoscopie révèle des lésions non douteuses de rhinite atrophiante. L'affection est surtout prononcée à droite ; de ce côté en effet, la fente olfactive, le cornet et le méat moyen sont recouverts de croûtes verdâtres ; le cornet inférieur de ce côté a atteint un degré avancé d'atrophie ; sa surface

aplatie ne forme qu'un très léger ressaut sur la paroi externe de la fosse nasale.

Du côté gauche les lésions sont fort légères.

Un mois de traitement a amené une amélioration sensible dans la fétidité et l'abondance des croûtes et aussi dans l'état de la muqueuse dont l'aspect est très modifié.

2^e H. C..., 13 ans, porte sur la face des cicatrices de variole ; elle est atteinte en outre de blèpharite et d'otorrhée pour laquelle je suis consulté.

En examinant les fosses nasales, je découvre une rhinite atrophique dont la malade et son entourage s'étaient peu préoccupés jusque-là.

La famille que j'interroge avec soin m'apprend que la jeune fille a été bien portante, sans accidents du côté du nez ni de l'appareil lacrymal jusqu'à l'âge de 10 ans, époque où elle a contracté la variole.

Elle a eu depuis lors les yeux malades et de l'écoulement des oreilles.

Son nez a été en même temps affecté de catarrhe purulent, remontant aussi à la convalescence de la variole ; mais le jetage a cessé depuis plus de 2 ans ; les cornets sont sensiblement atrophiés, on voit quelques croûtes ; la fétidité quoique modérée est caractéristique ; l'odorat est conservé.

En un mot, rhinite atrophiante remontant suivant toute vraisemblance à l'époque de la variole, ne présentant que des lésions peu avancées, mais dont il sera intéressant de suivre la marche.

Dans les deux faits que nous venons de rapporter, il semble que l'ozène ait quelque rapport étiologique avec la rhinite purulente ; complication de la coqueluche dans le premier cas, de la variole dans le second.

La rhinite purulente a pu survenir dans la conva-

lescence de ces deux affections par infection secondaire, éventualité si fréquente au cours de ces maladies.

Le jetage purulent tari, il semble que la rémission qui dura un an et demi dans la première observation, trois ans dans la deuxième fut seulement apparente et servit à voiler un travail atrophique de la pituitaire, travail essentiellement progressif et dont les manifestations actuelles ne représentent que le dernier stade.

On pourrait objecter que l'ozène apparaît bien tardivement entre 10 et 20 ans ; il y a là une exagération ; on sait aujourd'hui que les cas observés au-dessous de 10 ans ne sont pas très rares ; Moure prétend même l'avoir souvent rencontré chez de tout jeunes enfants de 3 et 4 ans.

Nous n'avons certes pas la prétention de trancher définitivement la question et de soutenir que la rhinite atrophiante n'est qu'une phase tardive et presque fatale d'une rhinite purulente infantile ; nous tenons seulement à appeler l'attention sur l'étiologie possible d'une affection si commune, si repoussante, et en même temps si rebelle à tout traitement thérapeutique.

La démonstration de cette théorie pathogénique de l'ozène serait certainement consolante pour le rhinologiste si souvent désarmé, en lui faisant espérer la possibilité d'un traitement prophylactique.

Nous reviendrons sur ce point au sujet du traitement de la rhinite purulente.



COMPLICATIONS

1° *Périostite phlegmoneuse.* — La présence permanente de microbes pyogènes dans les fosses nasales dont les parois sont constamment baignées par le pus explique la facilité avec laquelle les minces lames osseuses du labyrinthe olfactif sont exposées à la périostite phlegmoneuse.

On a vu dans plusieurs cas le cornet inférieur isolé de son périoste par une nappe purulente expliquant sa nécrose consécutive.

Ces accidents peuvent atteindre aussi les cornets moyens et supérieurs, ainsi que la cloison, mais le cornet inférieur paraît être le plus fréquemment frappé. Quelles peuvent être les raisons de cette prédisposition spéciale? est-elle due à la situation de ce cornet, situation évidemment plus favorable que celle des autres parties du labyrinthe à subir les influences extérieures? Ce cornet, en effet, s'étend

dant longitudinalement des narines antérieures aux orifices postérieurs, est placé en avant-garde dans les fosses nasales, aussi est-ce sur lui que s'exercent le plus aisément les influences extérieures et que viennent s'abattre en premier lieu les agents septiques entraînés par la colonne d'air inspiratoire.

Il faut ajouter que par sa position déclive, le cornet inférieur est plus exposé que les autres parties des fosses nasales au contact des sécrétions purulentes qui viennent s'accumuler sur le plancher.

Si les fosses nasales d'un enfant atteint de cette complication ne sont pas examinées au spéculum, les désordres graves qu'elle entraîne risquent fort de passer inaperçus; l'attention peut être seulement éveillée par l'élimination de débris osseux nécrosés. Hors ce cas les symptômes se confondent avec ceux du coryza purulent simple.

2° *Empyème des cavités accessoires.* — Les cellules ethmoïdales et les sinus maxillaires, les seules des cavités accessoires qui soient développées chez l'enfant (Oscar Hertwig), les sinus frontaux et sphénoïdaux ne se développant qu'à partir de la puberté sont par conséquent les seuls qui peuvent être frappés d'empyème. Les cellules ethmoïdales les premières apparues peuvent être atteintes chez le nouveau-né; on comprend combien les signes de cette complication sont difficiles à indiquer; l'exploration de ces régions déjà si difficile chez l'adulte est presque impossible chez l'enfant. Il suffira de savoir le danger qu'une telle complication peut

faire courir au petit malade; le voisinage des méninges et du cerveau rend compte des désordres graves qui pourraient survenir du côté de l'encéphale par cette voie.

L'empyème du sinus maxillaire est moins exposé à passer inaperçu; il faut dire que chez les tout jeunes enfants il est rare, chez les enfants plus âgés il suffit d'être prévenu de la possibilité de cette complication dont la symptomatologie est moins fruste que celle des cellules ethmoïdales.

La transillumination de la face par le procédé de Heryng, à défaut d'autre signe, aidera à affirmer le diagnostic.

3° *Otite moyenne aiguë.* — On voit parfois l'otite moyenne aiguë succéder à un simple coryza catarrhal, aussi ne sera-t-on pas étonné de voir cette complication succéder à la rhinite purulente. L'affection à laquelle participe constamment la cavité naso-pharyngienne ne tarde pas à se propager aux trompes; le catarrhe tubaire gagne bientôt lui-même l'oreille moyenne. Il est rare que l'otite reste catarrhale; elle devient purulente ou l'est même d'emblée dans la majorité des cas.

Quand cette dernière éventualité se produit, à la surdité simple due au catarrhe tubaire s'ajoutent des douleurs d'oreilles extrêmement intenses, une exacerbation des phénomènes généraux, de la fièvre, la température peut s'élever à 40° pendant trois ou quatre jours jusqu'au moment où la collection purulente s'ouvre une voie à travers le tympan.

La paracenthèse de cette membrane faite à temps active la guérison et prévient l'envahissement possible des cellules mastoïdiennes par le processus purulent.

4° *Lésions ganglionnaires.* — On a observé comme complication du coryza purulent des adénites souvent suppurées, des ganglions qui reçoivent les lymphatiques des cavités nasales. La préexistence d'un coryza suppuré méconnu explique la pathogénie d'un grand nombre d'abcès rétro-pharyngiens.

On sait depuis les travaux de Gillette que ces abcès ne sont autres que des adéno-phlegmons ayant leur siège dans les ganglions latéraux du pharynx de chaque côté du raphé médian.

Ils ne peuvent s'expliquer que par une inoculation septique sur le trajet de leurs lymphatiques afférents dont la plupart ont leur origine dans la muqueuse pituitaire. Par les symptômes alarmants auxquels ils donnent lieu, ces abcès attirent l'attention de l'entourage et du médecin alors que le coryza purulent était passé inaperçu.

Les adénites rétro-pharyngiennes ne sont pas les seules observées; on a vu aussi des adénites des ganglions sous-maxillaires. Ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'ils reçoivent, comme l'a démontré Simon, des lymphatiques des fosses nasales.

On a l'habitude d'attribuer trop facilement ces adénites à de la tuberculose; toutes les adénites cervicales ne sont certes pas tuberculeuses. Ricard l'a dé-

montré par des preuves cliniques et expérimentales ; d'ailleurs, H. Martin a fait voir que des lésions pouvaient servir de porte d'entrée au bacille de Koch, sans être elles-mêmes pour cela de nature tuberculeuse.

Une lésion des cavités nasales ou de la cavité nasopharyngienne, parfois même de l'amygdale pharyngée, suffit surtout si elle se prolonge pendant un ou deux mois comme le coryza purulent pour entretenir indéfiniment une inflammation chronique de ces ganglions. On se contente dans la plupart des cas d'examiner seulement le pharynx buccal, alors que la brèche qui expliquerait la pathogénie de l'adénite se dissimule dans l'arrière-cavité des fosses nasales, ou dans les replis du labyrinthe olfactif.

5° *Laryngite*. — Dans le cours du coryza purulent la laryngite est la règle. Les sécrétions muco-purulentes qui descendent constamment du pharynx nasal dans le pharynx buccal ne tardent pas à propager l'infection au larynx. On observe alors de l'enrouement et de la toux ; celle-ci devient parfois quinteuse, coqueluchoïde ; elle reste néanmoins à l'état d'affection catarrhale.

Mais au cours de cette complication on peut voir survenir un accès de spasme de la glotte, ou de faux croup attribuable d'après Ruault, à de la laryngite sous-glottique.

6° *Bronchite ; Broncho-pneumonie*. — L'infection gagnant de proche en proche tout l'arbre pulmonaire, peut enfin se propager aux bronches, aux petites bronches, enfin au lobule pulmonaire.

La broncho-pneumonie est alors constituée, annoncée par une exacerbation des symptômes généraux et par une élévation de température portée brusquement à 40°.

Un plus grand nombre de broncho-pneumonies qu'on ne croit chez l'enfant ont peut-être leur origine dans un coryza séptique.

Nous n'oserions affirmer que cette complication survient toujours par voie de propagation.

On l'observe, en effet, dans bien des cas sans qu'on ait pu assister à la marche descendante de l'affection; il peut se faire que l'air inspiré en traversant les fosses nasales, *aditus anterior* des voies respiratoires, se soit chargé d'agents septiques qui sont venus infecter les lobules pulmonaires.

En observant avec soin les jeunes enfants entrés à l'hôpital pour broncho-pneumonie, on constate souvent l'existence d'un coryza purulent dont le début est très antérieur à celui des accidents pulmonaires, qui jusque-là n'avait pas appelé l'attention de l'entourage.

Nous avons vu M. Marfan dans ses leçons cliniques aux Enfants-Malades, insister avec raison sur l'existence des rhinites vestibulaires ulcéro-croûteuses dues au staphylocoque chez les petits malades frappés de broncho-pneumonie, et aussi sur la nécessité de les traiter avec soin dans un but prophylactique.

7° *Erysipèles*. — Les érosions fréquentes provoquées par le jetage purulent sur le bord des narines,

ainsi que les gerçures des lèvres, la labialite, favorisent les infections secondaires, aussi n'est-il pas absolument rare de voir apparaître l'érysipèle de la face avec toutes ses graves conséquences.

8° *Accidents cérébraux.*³ — La voûte des fosses nasales n'est constituée que par la lame criblée de l'ethmoïde traversée par les rameaux de l'olfactif.

Ces rameaux sont entourés de gânes (Axel Key et Retzius) qui mettent en communication le réseau lymphatique de la pituitaire avec la cavité de l'arachnoïde. C'est la voie suivie par les microbes pyogènes pour atteindre les méninges et donner lieu à des accidents méningitiques en provoquant, soit une méningite circonscrite, soit une méningite généralisée.

Les symptômes de ces accidents n'ont rien de bien spécial : ils s'annoncent par une céphalée intense accompagnée de prostration et de vomissements ; le tableau ne diffère d'ailleurs en rien des symptômes habituels de la méningite aiguë.

Il est probable que quelques méningites aiguës, nontuberculeuses, aux origines obscures, reconnaissent pour cause une rhinite purulente latente, passée inaperçue, d'autant plus que dans quelques cas les symptômes de la rhinite peuvent avoir cessé et le catarrhe purulent s'être cantonné dans les cellules ethmoïdales d'où l'infection n'aura qu'un pas à faire pour envahir la cavité crânienne.

9° *Troubles gastro-intestinaux.* — Nous terminerons enfin l'histoire des complications de la rhi-

nite purulente en mentionnant les troubles gastro-intestinaux.

Il n'est pas rare de rencontrer chez les jeunes malades un état saburral de la langue, de l'inappétence, parfois même de la diarrhée.

Mais de toutes les complications ces dernières sont certainement celles qui acquièrent le moins d'importance.





DIAGNOSTIC

La rhinite purulente chez l'enfant, et surtout chez le nouveau-né et l'enfant du premier âge, passe inaperçue plus souvent qu'on ne pourrait le croire. Pendant la période aiguë chez un enfant qui ne peut se plaindre, non seulement l'entourage, mais encore le médecin a trop souvent l'habitude de rapporter à une affection générale l'élévation de la température et tous les symptômes généraux.

On n'attache pas d'habitude assez d'importance à l'examen des fosses nasales chez l'enfant.

Cet examen plus souvent pratiqué nous donnerait sûrement la clef de diverses affections nasales de l'adulte que nous croyons spéciales à ce dernier et qui peut-être ne sont souvent que les dernières phases d'une affection ayant débuté dans l'enfance.

Il serait à désirer que l'examen des fosses nasales

de l'enfant soit pratiqué systématiquement comme celui de la gorge.

Nous ne saurions prétendre cependant que l'existence d'une rhinite purulente ne puisse être décelée sans l'examen rhinoscopique, nous avons suffisamment insisté sur le jetage à propos des symptômes pour montrer que ce signe est plus que suffisant pour affirmer le diagnostic ; mais dans bien des cas le jetage malgré son abondance peut passer inaperçu du médecin lui-même si l'enfant vient d'être mouché au moment où il est soumis à l'examen, surtout si cet examen ne dure que quelques minutes.

Il existe donc une forme fruste que l'examen rhinoscopique pourra seul déceler.

Bien souvent ce n'est qu'à l'occasion d'une complication, d'une broncho-pneumonie par exemple, que le médecin s'apercevra de la rhinite purulente.

L'écoulement au niveau des narines antérieures de muco-pus verdâtre, d'odeur fade, tachant le mouchoir comme le pus blennorrhagique, est donc le premier signe de diagnostic qui donne l'éveil et invite à rechercher les autres.

Le facies de l'enfant enchifrené, qui a constamment la bouche ouverte, la respiration fréquente, la voix nasonnée, les narines obturées par un bouchon de pus, les bords de ces orifices exulcérés, la lèvre gonflée, couverte d'érosions et de gerçures ne saurait échapper à l'attention d'un bon observateur.

En présence de ces symptômes, on fera ouvrir

la bouche à l'enfant, et on recherchera la traînée purulente qui descendant des arrière-narines fuse sur la paroi spinale du pharynx.

Puis on pratiquera la rhinoscopie antérieure après avoir pris soin d'essuyer avec un bourdonnet de ouate les narines embarrassées de pus.

Le spéculum nasi de Duplay, des Schuster, de Voltolini, conviennent bien pour cet examen chez les enfants d'un certain âge, mais chez les nouveau-nés et les enfants du premier âge on pourra se servir avec plus d'avantage d'un spéculum auris de Toynbee de gros calibre qui donnera un jour suffisant.

Sous un jet de lumière projeté par le miroir frontal on apercevra obstruant presque complètement la fosse nasale l'extrémité antérieure du cornet inférieur, gonflée, luisante, d'un rouge vineux, en partie couvert de pus ; la muqueuse de la cloison, ainsi que celle du plancher très boursoufflée, apparaît presque accolée à celle du cornet inférieur n'en étant séparée que par la fente étroite à laquelle est réduite la cavité nasale et qui est complètement obstruée par du pus.

C'est là tout ce qu'on peut apercevoir des fosses nasales chez le nouveau-né et l'enfant du premier âge en raison de la petitesse des narines et surtout de l'exiguité du diamètre vertical des cavités nasales.

Chez des enfants de plus de deux ans, la fente olfactive est plus large, aussi peut-on apercevoir le

cornet moyen présentant d'ailleurs les mêmes lésions que le cornet inférieur.

La rhinoscopie postérieure n'est guère possible chez l'enfant du premier âge, mais chez quelques enfants dociles au-dessus de cinq ans on peut la pratiquer quelquefois; avec un peu de patience et beaucoup de pratique il est vrai on a pu apercevoir les orifices postérieurs chez l'enfant

Dans le cas de rhinite purulente on a pu les voir presque complètement oblitérés par la queue hypertrophiée du cornet inférieur et par les amas purulents se prolongeant sur la voûte et la paroi spinale du naso-pharynx.

L'existence d'une rhinite purulente étant démontrée, on recueillera du pus et on fera l'examen bactériologique; on pourra aussi tenter quelques cultures, ce moyen seul permettra d'affirmer si la rhinite est provoquée par le gonocoque ou bien par d'autres microbes pyogènes.

Diagnostic différentiel

Le coryza purulent ne saurait être confondu avec un coryza simple aigu : à la période de coction de ce dernier le jetage peut prendre un aspect jaunâtre simulant un jetage purulent; mais il est plus visqueux, a une teinte moins opaque, est complètement dépourvu d'odeur; en se desséchant sur le mouchoir, il ne pénètre pas les mailles du

tissu comme le jetage du coryza purulent et forme sur le linge des croûtes superficielles au lieu de l'empeser.

La rhinite chronique hypertrophique se caractérise par un écoulement muqueux ; l'enchifrènement très prononcé peut seul rappeler celui de la rhinite purulente ; la confusion toutefois ne saurait être permise entre les deux affections.

Le jetage observé chez les enfants du premier âge, porteurs de végétations adénoïdes a parfois une telle abondance et une telle opacité qu'on pourrait le confondre avec le jetage purulent, mais il suffira de l'examiner avec attention pour voir qu'il est absolument muqueux, quoique très opaque parfois et n'empêche pas le mouchoir.

Nous devons ajouter que quelquefois la rhinite purulente vraie vient compliquer les végétations adénoïdes.

Nous signalerons l'occlusion congénitale des orifices postérieurs des fosses nasales comme pouvant donner lieu à un enchifrènement considérable comparable à celui d'un coryza intense, mais cette anomalie est très rarement observée.

La morve s'observe plutôt chez des adultes que chez des enfants ; le gonflement cutané des narines et le jetage pourraient certainement en imposer pour un coryza purulent. On se laissera guider par les commémoratifs, le milieu épidémique, l'intensité des phénomènes généraux, les ulcérations, enfin par la recherche du bacille de Capitan et Bouchard.

Le coryza diphtérique a des caractères particuliers qui permettront de le reconnaître facilement. Il est rare d'ailleurs que les fosses nasales soient primitivement et exclusivement atteintes par la diphtérie qui débute généralement par le pharynx buccal et ne gagne les fosses nasales qu'après avoir atteint le pharynx nasal. Dans ce cas le mal progresse d'arrière en avant et la partie antérieure des fosses nasales peut rester quelque temps indemne.

Cette dernière région envahie, on voit s'écouler des narines, un liquide abondant, sanieux, sanguinolent, différant absolument par son aspect du jetage purulent ; l'âcreté de cette sécrétion a pour effet d'exercer sur le pourtour des narines une action corrosive d'où résultent des plaies qui se recouvrent de fausses membranes et non de croûtes comme dans le coryza purulent. L'enfant rend en se mouchant des débris de fausses membranes grisâtres ayant parfois conservé la forme des cornets sur lesquels elles se moulaient. La rhinoscopie antérieure montre la région respiratoire des fosses nasales recouverte d'une couenne gris-jaunâtre dont on peut détacher de véritables lambeaux. Il en est tout autrement des enduits pultacés, simulant des fausses membranes qu'on observe dans le coryza purulent et qui se dissolvent dans l'eau.

Il a été décrit en Allemagne dans ces dernières années par Hartmann et par Moldenhauer une *rhinite fibrineuse ou croupale* en dehors de toute épidémie diphtérique. Les signes objectifs de cette

rare affection sont assez semblables à ceux de la diphtérie vraie ; elle est caractérisée par la formation de couennes gélatineuses épaisses sur les cornets inférieurs, parfois sur un seul, provoquant un grand enchifrènement. La rhinoscopie antérieure et l'examen du jetage suffiront pour ne pas confondre cette affection avec la rhinite purulente.

Il en sera de même des rhinites à fausses membranes observées par Depaul, plus récemment par Monti, et dues d'après ce dernier au streptocoque, chez des enfants à la mamelle dans les premiers jours de la vie ; elles ont pour origine vraisemblable la contagion par la mère atteinte d'infection puerpérale.

Le diagnostic différentiel avec le coryza hérédosyphilitique précoce est encore plus important.

Les symptômes sont presque absolument identiques à ceux de la rhinite purulente ; il débute dans les premières semaines ou les premiers mois de la naissance. Dû à la présence de plaques muqueuses sur la pituitaire, ce coryza donne lieu à un jetage liquide, sanieux, séreux, très fétide. Mais parfois aussi peut-être sous l'influence de microbes pyogènes surajoutés à l'infection syphilitique, il peut devenir purulent et offrir tous les caractères objectifs du jetage de la rhinite purulente ; aussi croyons-nous important dans le diagnostic différentiel de tenir surtout compte des autres signes de la syphilis précoce (éruption maculo-papuleuse, rouge foncée, jambonnée des fesses et des cuisses, syphilides pso-

riasiformes des membres, lésions érythémateuses avec rhagades, pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds, augmentation du volume du foie, facies spécial, jaune maïs, absence de cils, cheveux rares, etc.). Le coryza syphilitique peut précéder toutes ces manifestations, aussi en leur absence serait-il prudent dans tout coryza suspect présentant les caractères de la rhinite purulente de faire quelques réserves.

La tuberculose vulgaire est assez rare dans les fosses nasales; de plus on ne l'observe guère chez l'enfant, mais une forme spéciale de cette maladie, le lupus est plus fréquemment observé. Les sécrétions pathologiques qui en résultent sont loin d'être abondantes dans les fosses nasales, et ne semblent pas de nature à être confondues avec le jetage purulent. La marche est très lente, essentiellement chronique, sans enchifrènement. L'examen rhinoscopique d'ailleurs lèverait tous les doutes en montrant les lésions caractéristiques de cette affection, débutant presque toujours par la sous-cloison.

Cette étude portant sur la rhinite purulente chez l'enfant, nous ne jugeons pas utile d'insister sur le diagnostic différentiel avec l'empyème des cavités accessoires; les sinus frontaux et sphénoïdaux ne se développant qu'à leur puberté, il n'y a pas lieu de songer à leurs lésions chez l'enfant.

Les suppurations des cellules ethmoïdales pourraient seules se produire, mais elles sont, il est vrai, secondaires à la rhinite purulente. Aussi l'étude de

leurs signes se rattache-t-elle plutôt aux complications de la rhinite, qu'à son diagnostic différentiel. Nous en dirons de même de l'empyème du sinus-maxillaire, le seul bien connu chez l'enfant.

Nous signalerons encore comme devant être distingué de la rhinite l'écoulement purulent consécutif à un abcès de la cloison ; les commémoratifs (chûtes sur le nez, traumatismes directs, corps étrangers) et l'examen rhinoscopique, permettront d'éviter toute erreur. Dans la plupart des cas, l'abcès siège sur la cloison et forme sur chacune de ses faces une grosse voussure rouge intense, lisse, luisante et fluctuante. Après ouverture on peut apercevoir l'orifice par où s'est fait jour la suppuration. Les mêmes signes différentiels sont applicables aux abcès froids de la cloison.





TRAITEMENT

1° *Traitement prophylactique.* — Malgré la fréquence fort douteuse du coryza purulent blennorrhagique, nous croyons qu'il serait prudent de redoubler de soins hygiéniques dans la toilette du nouveau-né et de faire pour les narines ce qui se fait d'habitude pour la conjonctive, c'est à dire un *lavage méticuleux à l'eau bouillie* des narines et du vestibule nasal.

La rhinite purulente survenant fréquemment à titre de complication par infection secondaire dans le cours et la convalescence de diverses maladies infectieuses, particulièrement des fièvres éruptives, nous pensons que le meilleur moyen de la prévenir serait dans le cours de ces affections d'appliquer dans les narines de l'enfant au moins deux fois par jour une pommade antiseptique.

Ces précautions nous semblent devoir être prises particulièrement dans la grippe, la coqueluche, la

rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde et même dans le coryza aigu catarrhal lorsqu'il se prolonge ou revêt une trop grande intensité. Il sera également prudent de faire ces applications dans le cas d'impétigo de la face.

Nous avons maintes fois constaté à l'hôpital des enfants les heureux résultats de cette méthode à laquelle nous croyons devoir attribuer la rareté des complications nasales observée depuis son application dans le service de clinique où M. Marfan l'a si heureusement inaugurée.

Traitement immédiat. — Il est de toute évidence que le traitement de la rhinite purulente doit être antiseptique ; les divers moyens permettant d'agir sur la pituitaire infectée sont nombreux, mais la plupart avouons-le peu faciles à pratiquer chez le tout jeune enfant, à plus forte raison chez le nouveau-né.

Ce sont : l'irrigation, la pulvérisation, le badigeonnage, l'insufflation, le humage, l'application de pom-mades.

Irrigation. — Malgré ces difficultés ce procédé doit être mis au premier rang ; on devra toujours le tenter : nous donnerons quelques détails sur la façon de le pratiquer.

Chez un enfant d'un certain âge et docile la douche nasale (douche de Weber) pourra être donnée sans trop de difficulté comme chez l'adulte : l'enfant sera assis, la tête demi penchée en avant sur un bassin.

On recommandera au jeune patient de respirer la bouche ouverte. L'irrigation sera ensuite pratiquée avec une solution tiède ; sous une pression modérée surtout au début : on poussera l'injection par jets interrompus, les intermittences permettant ainsi quelque répit, ainsi que l'occasion de reprendre haleine.

Vers la fin de l'irrigation on exposera davantage les intermittences et on pourra même pousser l'injection à jet continu.

Quand il s'agira de nouveau-nés et d'enfants du premier âge, on fera tenir le petit malade autant que possible penché en avant, presque couché sur le ventre.

On évitera ainsi l'introduction si facile du liquide dans les voies digestives et respiratoires.

Dans aucun cas l'irrigation ne sera pratiquée avec de petites seringues en verre. Ces instruments déplorables à tous les points de vue ne peuvent donner un jet suffisamment continu.

De plus elles sont d'un emploi très incommode quand on a affaire à un enfant qui s'agite et qu'on est exposé à blesser à tout instant.

On se servira avec beaucoup plus d'avantage d'un siphon de Weber, d'un bock placé à un mètre au-dessus de la tête du patient. Mieux encore d'une seringue anglaise (enema). Cette dernière plongeant dans un petit seau d'un litre environ, suspendu au poignet gauche par son anse ; la main gauche peut ainsi presser sur la poire pendant que de la main droite

l'opérateur dirige la canule dans la narine de l'enfant parallèlement au plancher nasal. Pour les enfants d'un certain âge on se servira de canules courbées à embout olivaire en verre ; pour les nouveau-nés il sera plus commode d'avoir recours à une courte sonde conique, très souple en caoutchouc vulcanisé comme celles qui servent pour les injections d'oreilles de l'adulte.

Le liquide injecté sera tiède.

On emploiera les solutions suivantes :

{	Acide borique.	50 gr.
	Eau bouillie	1000 gr.
{	Résorcine.	5 à 10 gr.
	Eau bouillie.	1000 gr. (Tissier).

Dans les cas rebelles on peut employer les solutions au nitrate d'argent.

Nitrate d'argent.	1 gr.
Eau	1000 gr.

Mais ces irrigations étant douloureuses nous leur préférons celles de permanganate de potasse.

Permanganate de potasse.	1 gr.
Eau	1000 gr.

La quantité de liquide pour la douche nasale sera au minimum un demi litre pour les enfants, un quart de litre pour les nouveau-nés.

Elle sera répétée deux fois par jour et toujours faite par le médecin ou par une personne très habituée à la pratiquer.

Pommades.

Après chaque irrigation on fera une application de l'une des pommades suivantes :

{	Acide borique.	10 gr.
{	Vaseline Lancelot.	50 gr.
{	Résorcine.	0,50 centig.
{	Vaseline Lancelot.	50 gr.
{	Menthol.	0,10 centig.
{	Vaseline Lancelot.	50 gr.

Ces applications de pommade se font habituellement très mal. Nous ne croyons pas superflu de donner quelques indications à ce sujet.

Chez les adultes, on applique d'abord la pommade dans une narine avec une spatule de façon à bien remplir le vestibule nasal, puis appuyant sur la narine opposée de façon à l'obturer. On dit au malade de renifler ; le topique pénètre alors à fond dans la fosse nasale et ne tarde pas à se répandre sur ses parois ; il fuse enfin par la cavité naso-pharyngienne jusque dans le pharynx buccal.

Chez quelques enfants seulement ce procédé est applicable, mais chez un grand nombre, ainsi que chez les nouveau-nés qu'on ne peut faire renifler, on est obligé de recourir à un autre moyen :

Il faut mettre l'enfant dans le décubitus dorsal avant de faire l'application et le laisser cinq minutes au moins dans cette position. Sous l'influence de la chaleur du corps la vaseline fond rapidement et descend jusqu'au pharynx obéissant aux lois de la pesanteur.

L'application de pommade pourra être faite non-seulement après chaque irrigation mais aussi dans les intervalles quatre à cinq fois par jour.

Pulvérisations. — Quand le jetage aura considérablement diminué on pourra supprimer la douche nasale toujours si désagréable et la remplacer par des pulvérisations.

Ces dernières seront faites avec un pulvérisateur spécial tel que celui de Maure ou celui construit par Limal.

Bosworth recommande les formules suivantes :

Glycérolé de Tannin.	4 gr.	pour 30 gr. d'eau.
Nitrate d'argent . . .	0, 15 centig.	—
Sulfate de zinc . . .	0, 25 centig.	—
Sulfate de cuivre . .	0, 20 centig.	—
Alun	0, 50 centig.	—

Nous donnerons la préférence à la pulvérisation au nitrate d'argent.

Insufflations. — Les insufflations de poudre ont été fort préconisées dans les affections des fosses nasales ; nous reconnaissons leur heureuse influence chez l'adulte, mais chez le jeune enfant le méat antérieur des fosses nasales est extrêmement étroit et à demi obturé surtout dans les rhinites par l'extrémité antérieure congestionnée du cornet inférieur ; nous croyons leur emploi peu pratique ! L'insufflation pénètre mal et s'arrête presque toute entière dans le vestibule nasal.

Si on veut les pratiquer on emploiera soit l'insufflateur de Kabierske pourvu d'une fine canule, extrê-

ment commode, soit un simple tube de caoutchouc terminé à une de ses extrémités par un embout en bec de flûte destiné à porter la poudre dans la fosse nasale, pourvu à l'autre extrémité d'une poire à insufflation.

On pourra employer les poudres suivantes :

{	Iodol	0, 50 centig.
{	Acide borique	20 gr.
{	Aristol	} à 7 gr.
{	Iodol	
{	Sucre candi pulvérisé.	

Humage.—Indépendamment des soins précédents il sera bon de maintenir l'enfant atteint de rhinite purulente dans une atmosphère rendue aussi aseptique que possible à l'aide d'un pulvérisateur.

Il y aura même avantage à lui faire respirer par les voies nasales de l'eau chargée de produits médicamenteux, par exemple une cuillerée à bouche d'eau phéniquée à 50/0 dans un demi litre d'eau portée à 60°.

L'inhalation durera cinq minutes environ et sera renouvelée quatre à cinq fois par jour. Cette dernière médication semble en outre avoir une action préventive contre l'envahissement des voies respiratoires entières; son usage a pour heureux effet de prévenir des complications du côté du larynx, des bronches et du poumon.

SOINS PARTICULIERS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Chez les nouveau-nés très enchifrenés qui ne peuvent respirer par le nez et sont par suite dans l'impossibilité de prendre le sein, on aura recours à la cuiller; l'emploi du biberon, comme le fait remarquer Tissier, étant impossible pour les mêmes raisons que l'allaitement au sein. Ce dernier auteur recommande en outre des attouchements fréquents de la cavité buccale à l'aide d'un pinceau d'ouate imbibée d'eau boriquée pour combattre la sécheresse extrême provoquée par la respiration exclusivement buccale.

TRAITEMENT CONSÉCUTIF. — Nous n'avons pas à nous occuper ici du traitement des complications, traitement qui n'a rien de spécial, mais nous dirons quelques mots du traitement consécutif.

Les fosses nasales qui ont été frappées d'un coryza purulent guéri en apparence doivent être longtemps surveillées, étant données les complications qui surviennent parfois tardivement, telles que le catarrhe tubaire et l'otite. Aussi devra-t-on continuer longtemps l'usage des pommades antiseptiques indiquées plus haut, au moins une fois par jour.

En cas de surdité il faudra donner la douche d'air avec la poire de Politzer.

La possibilité d'une atrophie ultérieure de la muqueuse pouvant aboutir à l'ozène, montre toute l'im-

portance qu'il y a à prolonger longtemps le traitement.

Une saison dans une station thermale sulfurée sodique, Ax-les-Thermes (Ariège), Cauterets, Luchon, Châlles, etc., constituera le meilleur traitement préventif de cette complication tardive.





CONCLUSIONS

1° Il existe une rhinite purulente qui s'observe à la fois chez le nouveau-né et chez l'enfant ;

2° La fréquence de cette affection s'explique : d'une part par la prédisposition anatomique créée par l'architecture des fosses nasales spéciales à cet âge ; d'autre part par la facilité des infections pyogènes chez l'enfant ;

3° L'origine blennorrhagique de la maladie, bien que n'étant pas rigoureusement démontrée, peut être considérée comme possible dans quelques cas ;

4° Des faits semblent prouver que des agents pathogènes, autres que le gonocoque, le staphylocoque par exemple, sont capables de la provoquer ;

5° Bien que se traduisant dans quelques cas par des symptômes très nets, la rhinite purulente affecte parfois chez l'enfant une forme insidieuse qui explique pourquoi elle passe si souvent inaperçue ;

6° Elle entraîne chez le nouveau-né des troubles

respiratoires graves qui compromettent la vie de l'enfant en mettant obstacle à l'allaitement.

7° On peut la voir se compliquer d'accidents inquiétants du côté du cerveau, de l'appareil respiratoire et de l'appareil auditif ;

8° Quelques faits tendent à prouver que la rhinite atrophiante qui s'observe si fréquemment chez les adolescents n'est qu'un stade tardif de la rhinite purulente.

Vu : le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Billard.** — Traité des maladies des enfants (Obs. 59). Paris, 1833.
- Rayer.** — Note sur le coryza des enfants à la mamelle (Paris, 1820).
- Dupuch-Lapointe.** — Lancette française, 1831. T. V, p. 246.
- Roger.** — Maladies de l'enfance (Paris, 1864).
- Guersant.** — Coryza des nouveau-nés (Traité de Guersant et Bl. Hache, p. 366).
- Bouchut.** — Traité des maladies des nouveau-nés (1867).
- Stammer.** — Caspers Wochenschrift. 1834.
- Weber.** — Wiener medicinisch Wochenschrift. S. 572 (1852).
- Hénoch.** — Beiträge zur kinderheilkunde. S. 73 (1868).
- Kusmaul.** — Über der Schnüpfen der Säuglinge (Zetschrift für rationnelle Medicin. S. 225, 1869).
- Zeissl.** — Lehrbuch der Syphilis etc. (Stuttgart. 1875, p. 132).

- Honsell.** — Beobachtungen ueber die lage der Zünge während des Scherfes, bei Neugeborenen und ueber die Beteiligung des Mundes als Luftweg bei der Athmung (Zeitschrift für rationnell Medicin, B. XIII, S. 1230). (1865).
- Ziem.** — Uber Nasenblennorrhoe bei Neugeborenen (Allgemeine medicinische Central Zeitung, n° 101, 1885).
- Billiet et Barthez.** — Traité des mal. des enfants (3^e édition par Barthez et Sauné), 1884.
- Firwe.** — Blennorrhée du nez. Berlin. Klin. Wochensch. N° 35 (29 août 1887).
- Rolland.** — Rhinite aiguë (Gazette de Montreal). Août, 1887.
- Farago.** — Coryza aigu des nouveau-nés (Arch. of. Pediatrics. Août 1887).
- Engel Gabriel.** — Prophylaxie de certaines affections de la muqueuse nasale des nouveau-nés (Wien. Med. Presse. Nos 8-9, 19, 26 février 1888).
- Legendre.** — Coryza chez les petits enfants (Rev. prat. d'obstétr. et d'hyg. de l'enfance. Paris, 1888).
- Moldenhauer.** — Traité des maladies des fosses nasales (traduit par Potiquet. Paris, 1888).
- Laurent.** — Rhinite purulente chronique chez l'enfant (Le scalpel, 19 oct. 1890).
- J. Simon.** — Cas de broncho-pneumonie consécutive au coryza aigu chez les enfants (Gaz. des hôp. 19 févr. 1891).
- J. O. Roe.** — Catarrhe nasal chez les enfants (Med. Soc. of the State of. N. Y., 2 févr. N. Y. med. rec., 6 févr. 1892).
- G. Strazza.** — Contribution clinique à l'étude des rhinites infectieuses (Gaz. degi, osp. 19 janv. 1893. Gênes).
- V. Cozzolino.** — Lec. sur la syph. tert. nasa-phar. et sur les lésions blennorrhagiques du nez (Bollet. delle. mal. dell'orrechio, etc. Août, sept. et oct., 1892).

Bosworth. — Traité des maladies des fosses nasales, 1892.

Hausser. — Jahrbuch für kinderheilkunde. S. 73, 1892.

Moure. — Manuel pratique des maladies des fosses nasales
(Paris. O. Doin, 1893).

Ball. — Ecoulement purulent du nez chez les enfants (West.
London med. chir. Soc., 5 mai 1893).

P. Tissier. — Des rhinites aiguës chez le nouveau-né et chez
l'enfant (Revue des mal. de l'enfance. Janv. 1894).





TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1. Introduction.....	9
2. Historique.....	13
3. Prolégomènes anatomo-pathologiques : les fosses nasales chez l'enfant.....	16
4. Etiologie et Pathogénie.....	23
5. Symptômes	28
a) Invasion.....	28
b) Période d'état.....	28
6. Formes.....	34
7. Observations.....	36
8. Marche.....	41
9. Pronostic.....	42
10. Complications.....	47
a) Périostite phlegmoneuse.....	47
b) Empyème des cavités accessoires.....	48
c) Otite moyenne aiguë.....	49
d) Lésions ganglionnaires.....	50
e) Laryngite.....	51

	Pages
f) Bronchite; broncho-pneumonie.....	51
g) Erysipèle.....	52
h) Accidents cérébraux.....	53
i) Troubles gastro-intestinaux.....	53
11. Diagnostic.....	55
12. Traitement.....	64
a) Prophylactique.....	64
b) Immédiat.....	65
c) Consécutif.....	71
13. Conclusions.....	73
14. Index bibliographique.....	75



